

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917

THÈSE

N°

26

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Zénaïde BRAÏLOVSKY

Née à Pavlograd (Russie) le 5 décembre 1886

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

L'EXAMEN RECTOSCOPIQUE ET RADIOLOGIQUE

DANS

LES DYSENTERIES

Président : M. WIDAL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1917

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Zénaïde BRAILOVSKY

Née à Pavlograd (Russie) le 5 décembre 1886

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

L'EXAMEN RECTOSCOPIQUE ET RADIOLOGIQUE

DANS

LES DYSENTERIES



Président : M. WIDAL, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie topographique	AUGUSTE BROCA
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
Pathologie chirurgicale	TEISSIER
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	PIERRE MARIE
Opérations et appareils	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	N.
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	N.
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants	N.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEJERINE
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	N.
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE

A MA MÈRE ET A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUÉNU

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J.-L. FAURE

*Témoignage de profonde
reconnaissance.*

Externat 1910-1911

MONSIEUR LE DOCTEUR LESAGE

Externat 1911-1912

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

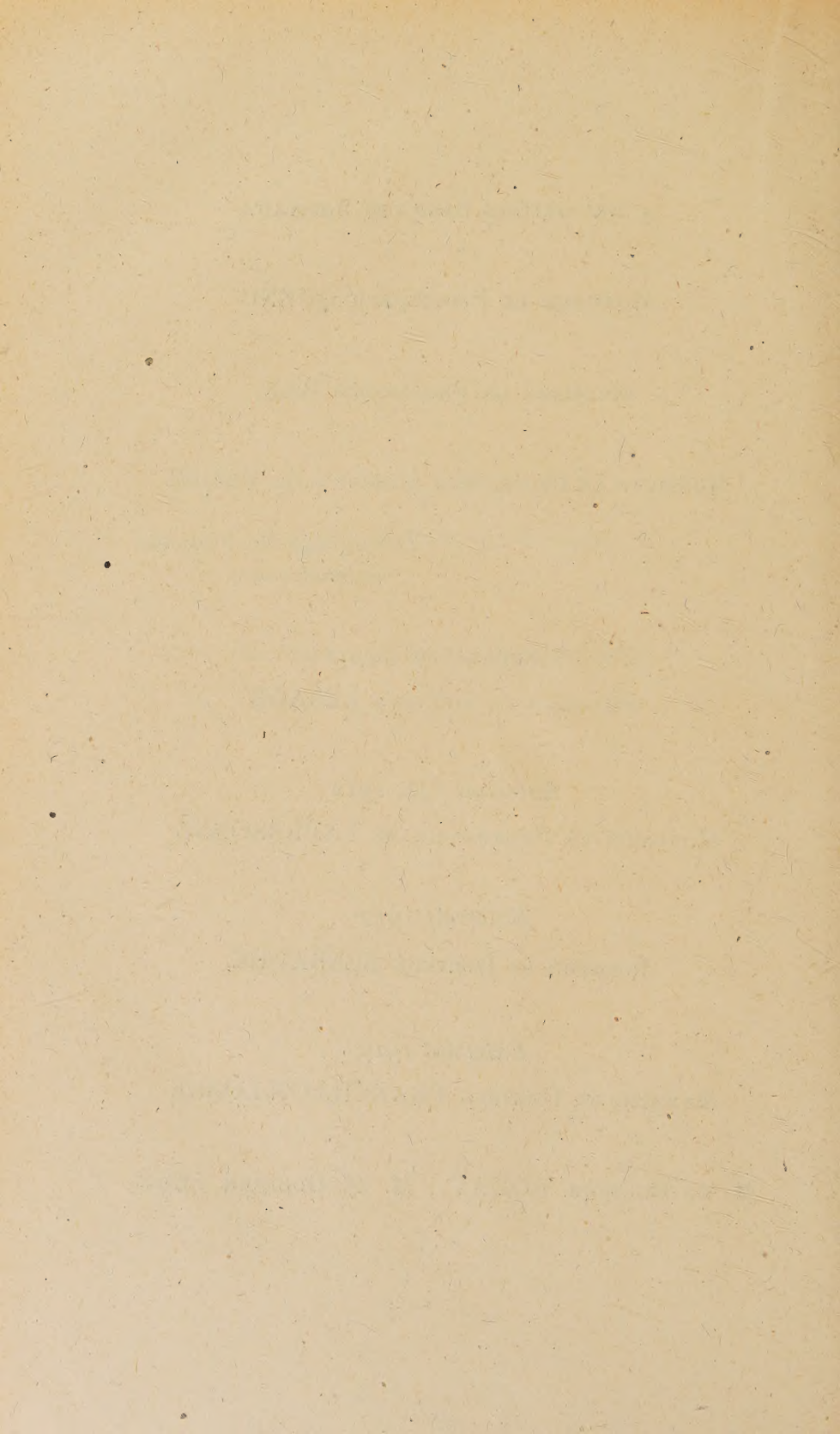
Externat 1912

MONSIEUR LE DOCTEUR BENSAUDE

Externat 1917

MADAME LE DOCTEUR FRANCILLON-LOBRE

M. LE DOCTEUR DOUAY, M. LE DOCTEUR FÈGE



L'EXAMEN RECTOSCOPIQUE ET RADIOLOGIQUE

DANS

LES DYSENTERIES

INTRODUCTION

Pendant notre séjour dans le service de M. le Dr Bensaude à l'hôpital Lariboisière, nous avons eu l'occasion d'assister à de nombreux examens rectoscopiques des malades atteints de dysenterie. Ces malades hospitalisés dans la plupart des cas à l'hôpital du Val-de-Grâce nous furent adressés par M. le Dr Florand.

Il s'agissait de compléter les documents cliniques par l'examen endoscopique afin de le renseigner sur la forme et l'étendue des lésions intestinales.

La rectoscopie fut suivie dans la majorité des cas d'un examen radiologique.

L'application des examens rectoscopique et radiologique chez les dysentériques et leurs résultats vont être l'objet de notre modeste travail.

Nous remercions bien sincèrement M. le Dr Bensaude et M. le Dr Florand qui nous ont inspiré le sujet de notre thèse et qui ont bien voulu nous guider dans nos recherches.

Nous saisissons cette occasion pour remercier M. le Dr Bensaude de l'accueil bienveillant qu'il nous a fait dans son service.

HISTORIQUE

Il nous a semblé indispensable, avant d'aborder l'étude des lésions dysentériques par l'examen rectoscopique et radiologique, de dire quelques mots sur la maladie qui les occasionne, maladie qui depuis la guerre a pris dans certains endroits une extension inaccoutumée.

La dysenterie, rare dans nos pays en temps de paix, est une maladie très complexe par ses différentes manifestations, ainsi que par la pluralité de ses agents pathogènes.

Pendant très longtemps on a cru à l'unité de la dysenterie.

Cette opinion a été détruite peu à peu. La découverte de l'amibe par Koch en 1884 vint d'abord, puis les travaux de Lutz, de Councilman et Laffleur en 1891-1892 qui disaient que la dysenterie où l'on trouvait les amibes n'était qu'une forme particulière de la maladie, à côté de laquelle devaient sévir d'autres variétés produites par les parasites différents. Le dernier coup à la théorie de l'unité des dysenteries fut porté par Shiga en 1898, quand il a découvert le bacille dysentérique qui porte depuis son nom, bien qu'en 1888, dix ans plus tôt que Shiga, Widal et Chantemesse l'aient découvert et en aient décrit les caractères dans une courte note à l'Académie de médecine. Les travaux de Flexner, de Hiss, de Morgan, de Strong vinrent compléter leur œuvre. L'amibe fut d'abord décrit par Lœsch sous le nom d'*Amoeba coli*. C'est en 1903, que Schaudinn a précisé les caractères de l'amibe dysentérique et lui a donné le nom d'*Entamoeba histolytica*.

La dysenterie amibienne est maladie des pays chauds, la dysenterie bacillaire est maladie endémique dans nos pays. Voici, en deux mots, la résolution du problème telle qu'elle était depuis quinze ans environ avant la guerre.

Cette division semblait définitive quand peu à peu on s'est aperçu qu'elle était trop rigoureuse.

De temps en temps apparaissent dans la littérature des observations des auteurs de différents pays, citant des cas de dysenterie bacillaire qui se seraient produits dans les pays chauds et inversement ceux de dysenterie amibienne se produisant dans nos pays.

Deux auteurs allemands, Quincke et Ross, publient en 1893 leur observation qui, pourrait-on dire, commence une nouvelle ère dans l'étude des dysenteries.

Il s'agissait d'une femme de quarante-quatre ans, qui présentait tous les symptômes de dysenterie amibienne, bien qu'elle n'avait jamais quitté l'Allemagne.

Le diagnostic fut confirmé par l'examen microscopique des matières.

Cette observation fut suivie de celles de Lobas, Manner, Boas, Borchardt, Albu, Chauffard et Landouzy pour ne citer que les principales. M. Chauffard, en particulier, est revenu à plusieurs reprises sur l'étude de la dysenterie en France.

La question de contamination par des coloniaux semble être éliminée dans tous ces cas : aucun de ces malades n'avait jamais quitté la métropole, ni avait été au contact des coloniaux.

On prononce le mot de dysenterie amibienne « autochtone ».

C'est ainsi que la question embrouillée de dysen-

terie était considérée en 1913-1914, les années de publication des articles de Chauffard, de Paviot et Garin, de Laudouzy et Debré. Toutes ces considérations étaient basées sur des cas isolés.

Peu de temps après la guerre a éclaté. Dès les premiers mois la dysenterie, qui a le privilège de faire des ravages dans les rangs des combattants a fait son apparition en France. Les premiers cas de dysenterie ont été constatés dans l'armée française après la bataille de la Marne (septembre 1914). Depuis, la dysenterie fait son apparition dans l'armée française sur tous les fronts : aux Dardanelles, à Salonique, en France. Elle sévit aussi bien dans nos armées que dans celles de l'ennemi. L'armée allemande a subi en 1915, en Galicie, une grave épidémie de dysenterie avec mortalité très élevée : 16 décès pour 100 malades (Vincent).

MM. Remlinger et Dumas furent chargés au mois de décembre 1914 de déterminer la nature de l'épidémie de diarrhée sévissant en Argonne et connue jusque-là sous le terme général de « diarrhée de tranchées ». Dans la majorité des cas, disent-ils dans leur note parue en mai 1915, ils ont pu isoler le bacille dysentérique de Hiss ; dans d'autres cas il s'agissait d'un bacille atypique se rapprochant du type de Shiga.

MM. Sacquepée, Burnet et Weissenbach ont fait des constatations analogues. Dans quelques hôpitaux où l'on a pu faire l'examen bactériologique complet avec hémoculture on a pu attribuer la production des accidents intestinaux aux bacilles typhoïdes et paratyphoïdes A et surtout B (Rathery).

MM. Ravaut et Krolunitsky furent les premiers à constater dès le mois d'octobre 1915 le rôle important joué par l'amibe dysentérique dans de nombreux

cas (épidémie dans le Nord). L'amibe fut d'abord masqué par la présence de bacilles dysentériques.

Ces auteurs publient toute une série de mémoires qui démontrent que la dysenterie amibienne, endémique dans les régiments coloniaux, fut apportée en France par des corps indigènes d'Algérie, de Tunisie, de Maroc.

La maladie, localisée d'abord dans ces troupes coloniales, s'est propagée très rapidement dans les troupes métropolitaines, d'abord parmi celles qui étaient au contact avec des coloniaux, plus tard dans les corps qui paraissaient être indemnes de tout contact des soldats coloniaux.

Le nombre des malades atteints de dysenterie est devenu rapidement assez élevé. Les mauvaises conditions hygiéniques, les fatigues, les privations, le manque d'eau propre, l'impossibilité d'évacuer rapidement les malades, toutes ces conditions qui accompagnent fatalement la vie des troupes combattantes ont favorisé la propagation rapide de la maladie.

MM. Ravaut et Krolunitsky étaient les premiers à attirer l'attention sur les cas de dysenterie parmi la population civile dans des endroits où avaient séjourné les troupes contaminées (*Presse médicale*, 17 avril 1916).

M. Lemierre rapporte un cas de dysenterie amibienne chez un soldat de l'armée métropolitaine qui s'est produit dans une région du front indemne de l'amibiase.

MM. Ravaut et Krolunistsky disent d'avoir observé en France en quelques semaines de nombreuses contaminations locales, presque deux fois plus nombreuses que celles constatées en France en l'espace de neuf ans.

L'hypothèse très plausible pour expliquer les cas

de la dysenterie autochtone dans les régions indemnes d'amibiase serait la contamination par des troupes y venant des régions infestées. Les soldats, non atteints de dysenterie, peuvent néanmoins porter dans leur intestin le germe de la maladie. Dopler en 1904, Vincent en 1909, Chauffard en 1913, Landouzy et Debré en 1914 ont attiré l'attention de tout le monde sur le rôle important que jouent les porteurs de germes dans la transmission de la maladie. Depuis la guerre les nombreux auteurs (Ravaut et Krolunitsky, Job, Richet fils, Rathery et Bisch et tout récemment Fuchs et Bouchet) ont démontré quel danger représentent les « porteurs » ou « semeurs de germes » pour l'armée et la population civile.

De ce court résumé historique nous voyons que la dysenterie est devenue depuis la guerre une maladie à l'ordre du jour, qu'il est capital de savoir la dépister, dès son apparition, pour en empêcher l'extension rapide.

M. Bensaude a été le premier à pratiquer en France les examens rectoscopiques dans les dysenteries amibienne et bacillaire.

Depuis, MM. Friedel, Carles et Froussard ont pratiqué plusieurs examens dans la dysenterie. MM. Chauffard, Mathieu ont souvent recours à cet examen et nous voyons dans leurs travaux que cette méthode fait une partie indispensable de l'examen des dysentériques (Chauffard, Friedel).

Si la rectoscopie commence à être employée dans la dysenterie depuis quelques dernières années, l'examen radiologique jusqu'ici n'avait guère été utilisé dans l'étude de cette maladie.

L'étude de MM. Florand et Bensaude (Société médicale des Hôpitaux, le 27 juillet 1917) a été la

première à montrer les renseignements pratiques que peut donner l'examen radiologique.

Avant ce travail quelques recherches avaient été faites ; nous signalerons celle de M. Bensaude qui a trouvé que dans la rectite ulcéreuse l'ampoule rectale ne s'est pas dilatée après le lavement opaque, bien qu'il n'y ait pas eu de rétrécissement (Soc. méd. 31 octobre 1913). Aubourg (cité par Lagane. Presse méd., 1914, n° 49) a fait des recherches radiologiques dans la dysenterie. Il a trouvé que la quantité de liquide que peut recevoir le gros intestin est minime (300, 200 et même 100 gr.) et qu'il s'agit dans ces cas des brachycôlons uniformément et régulièrement rétrécis. Ces constatations ne sont pas tout à fait conformes à celles de MM. Florand et Bensaude et à celles que nous avons faites sous leur direction bienveillante.

ÉTUDE CLINIQUE

Quand le syndrome dysentérique est au complet, il est difficile de le méconnaître.

Nombreuses évacuations diarrhéiques, glaireuses, muco-sanguinolentes, épreintes, tenesme, douleurs abdominales, quelquefois généralisées, mais habituellement prédominantes dans la région hépatique, aux angles du côlon et le long de l'anse sigmoïde : tels sont les symptômes qui constituent le syndrome dysentérique.

Dans la dysenterie bacillaire qui évolue le plus souvent comme une maladie aiguë le tableau clinique est au complet. Ce n'est que dans certains cas de dysenterie bacillaire bénigne que les symptômes peuvent manquer.

Dans la dysenterie amibienne qui évolue le plus souvent comme une maladie chronique, le diagnostic est habituellement difficile. Il s'agit ici le plus souvent des malades atteints depuis plusieurs mois de troubles gastro-intestinaux. Ces malades traînent d'un hôpital à l'autre avec les diagnostics les plus variables de gastro-entérite, d'entérite, d'entérocolite ou d'entérocolite avec anémie. Ils sont souvent renvoyés à plusieurs reprises à leurs corps par le médecin qui, loin de soupçonner la dysenterie, prend la période d'accalmie pour la guérison définitive ; tantôt le médecin, las de ne pas obtenir une amélioration dans l'état de son malade, le présentera à la réforme et le malade ira retrouver son foyer et y portera la contagion.

Quand on interroge soigneusement ces malades,

on voit que le début de leur maladie se produit rarement sous forme d'une crise dont les accidents aigus se seraient rapidement effacés pour faire place aux symptômes moins bruyants; le plus souvent les symptômes initiaux sont discrets. Le malade, au début, a quelques selles glairo-sanguinolentes, puis diarrhéiques, quelques douleurs vagues dans le ventre, la température reste normale et le malade continue à vaquer à ses occupations. Mais ses malaises continuent, les digestions se font mal, les malades perdent l'appétit, leurs forces diminuent peu à peu et la maladie prend ainsi l'allure chronique qui exaspère aussi bien le malade que le médecin. Il est tout naturel ainsi que le diagnostic d'amibiase soit fait non pas à l'ambulance du front, mais seulement à l'hôpital de l'arrière, où le médecin, frappé par la chronicité de la maladie, pense à faire l'examen des matières.

Dans d'autres cas, les symptômes initiaux sont encore plus discrets et l'amibiase n'est révélée que par la production d'un abcès hépatique. Les abcès du foie, d'après quelques auteurs, sont le plus souvent consécutifs à ces formes larvées. Ces malades sont fatigués depuis peu de temps. Ils éprouvent quelques douleurs dans la région épigastrique et surtout dans l'hypochondre droit.

Après l'interrogatoire très serré on trouve qu'ils ont eu autrefois une ou quelques selles muco-sanguinolentes. Ces formes larvées embarrassent souvent le médecin.

De graves erreurs peuvent être commises : la dysenterie amibienne peut être méconnue et par suite non traitée. Le malade continuera à semer les germes autour de lui et constituera ainsi un véritable danger pour son entourage.

Dans d'autres cas, les signes étant peu marqués, le médecin supposera la simulation.

M. Bensaude fut appelé à pratiquer l'examen rectoscopique chez un malade qui, présentant peu de symptômes cliniques, fut soupçonné de simulation. La rectoscopie révéla chez lui de très graves lésions dysentériques.

La dysenterie amibienne peut être « camouflée », ont dit si justement MM. Ravaut et Krolunitsky, par le bacille dysentérique dans les formes d'association amœbo-bacillaire où les phénomènes de la dysenterie bacillaire prédominent. Nous devons dire ici que si l'évolution simultanée de ces deux agents pathogènes fut déjà constatée en dehors de la France par Dopter et Dénier, le mérite de la faire connaître ici, en France, revient à MM. Ravaut et Krolunitsky.

Dans toutes les formes de dysenterie : bacillaire, amibienne ou associée, dans les formes franches aussi bien que dans les larvées, il est indispensable de faire les examens de laboratoire qui seront les bases du diagnostic.

L'examen des matières seul permettra de reconnaître tel ou tel agent pathogène et instituer un traitement approprié.

Les examens bactériologiques doivent être répétés à plusieurs reprises. Mauté dit avoir trouvé des amibes dans les selles au bout d'un mois de recherches. Ravaut et Krolunitsky ont pratiqué 506 examens chez 92 malades pour ne trouver des kystes amibiens que chez 25 de ces malades. Si dans bien des cas le médecin est renseigné par le bactériologue, nombreux sont les cas où toutes les recherches bactériologiques restent infructueuses.

Le séro-diagnostic, étant souvent négatif, ne renseignera pas toujours le clinicien.

Quels sont les autres examens qui pourraient compléter les renseignements donnés par la clinique et le laboratoire ?

Deux examens physiques, tels que l'endoscopie et la radiologie, peuvent être de toute utilité dans ces cas.

Mais, avant de parler de ces deux examens, voyons d'abord quelles sont les lésions anatomo-pathologiques de la dysenterie et où siègent-elles habituellement.

Les idées que les classiques nous ont enseignées ne sont pas changées : à la période aiguë c'est l'ulcération ; plus tard, quand la lésion est cicatrisée, c'est l'induration de la paroi intestinale qui produit soit un rétrécissement si la lésion a été limitée, soit une transformation de l'intestin en un tube rigide « tuyau de zinc » si les lésions ont été étendues.

Où siègent ces lésions ? Dans la dysenterie amibienne elles siègent, d'après la statistique de Woolley et Musgrave, dans 81 o/o des cas dans la partie terminale du gros intestin. Les lésions principales de la dysenterie bacillaire ont aussi pour siège de prédilection la même région procto-sigmoïdienne.

Cette notion est de toute importance pour notre travail, car elle montre que la partie de l'intestin lésée par la dysenterie est accessible à l'endoscopie et facilement explorable aux rayons X après lavement opaque.

DE L'UTILITÉ ET DE L'INTÉRÊT PRATIQUE DE LA RECTOSCOPIE

Lorsque le médecin en face d'un cas douteux de dysenterie a fait faire l'examen des matières fécales et le séro-diagnostic sans obtenir de réponse précise, à quelle recherche doit-il avoir recours ?

A la rectoscopie.

L'étude macroscopique des lésions de la dysenterie comme celle de toutes les lésions siégeant dans la région procto-sigmoïdienne ne pouvait être autrefois faite par le médecin que sur la table d'autopsie. De cette façon, seules les lésions de la dysenterie grave, mortelle étaient examinées et encore avaient-elles subi une altération cadavérique.

L'endoscopie qui permet au médecin d'étudier en pleine vie toutes les lésions dysentériques, qu'elles soient légères ou graves, lui rend ainsi de très appréciables services.

Par ses examens pratiqués à divers intervalles, elle lui permet de suivre l'évolution des lésions dysentériques. L'endoscopie lui rend encore un autre service : l'opérateur peut pendant l'examen prélever quelques mucosités qui recouvrent l'ulcération ; c'est là, dans ce mucus, que le bactériologue pourra plus facilement trouver l'amibe.

L'application de l'examen rectoscopique à l'étude de la dysenterie devient de plus en plus fréquente ; les différents travaux publiés récemment sur cette question en témoignent (Bensaude, Friedel, Carles et Froussard, Guido Izar et Girault).

M. Bensaude avec le Dr Rist ont observé en 1909,

un malade atteint de troubles intestinaux, attribués à des hémorroïdes.

L'examen rectoscopique a montré que « jusqu'à 15 centimètres de l'orifice anal, la muqueuse était pour ainsi dire constituée par une seule nappe ulcérée, sanguinolente et bourgeonnante ». L'examen des matières a démontré la présence d'amibes.

MM. Bensaude et Martin ont pratiqué, en 1913, l'examen rectoscopique chez un autre malade, présentant des lésions analogues, mais moins accentuées : exulcérations saignantes, occupant toute l'étendue du rectum et commençant environ à 5 centimètres de l'anus. Dans ce cas, il s'agissait d'une dysenterie bacillaire (type Flexner) et la sérothérapie a amené une rapide amélioration.

Il est classique de dire que les lésions sont différentes suivant la forme de la dysenterie : les ulcérations de la dysenterie bacillaire sont superficielles, abrasantes, à fond plat, à bords non décollés ; les ulcérations de la dysenterie amibienne sont plus profondes, irrégulières, déchiquetées, à bords décollés, — ce sont souvent des ulcérations en bouton de chemise.

Friedel a examiné 15 malades atteints de dysenterie amibienne chronique et a trouvé que les lésions dysentériques aperçues à l'endoscope consistaient en coloration rouge, œdème et infiltration de la muqueuse, en épaissement des valvules et en « ulcérations typiques. » Cet auteur dit qu'en absence d'amibes on peut et on doit faire le diagnostic par l'examen rectoscopique (1).

Carles et Froussard sont moins affirmatifs. Ces

1. *Dysenterie amibienne chronique* (Arch. des maladies de l'appareil digestif, 1913).

auteurs décrivent les lésions de la dysenterie amibienne d'après l'examen rectoscopique de 12 malades. Ils ont pu examiner 2 malades à la période aiguë. Il s'agissait dans les deux cas d'une « véritable rectite muco-purulente. »

Le rectum se présentait sous forme d'un tube à parois rigides, très rétréci, laissant difficilement pénétrer le rectoscope. La muqueuse était très congestionnée, de coloration rouge vif et complètement desquamée; par places, elle était couverte de mucopus. Cette muqueuse, une fois nettoyée au tampon, se présentait comme granuleuse, bourgeonnante, facilement saignante. L'aspect de cette muqueuse, disent ces auteurs, ne pouvait être mieux comparé qu'à celui d'une plaie recouverte de petits bourgeons charnus, comme en provoque une brûlure au deuxième degré. Toute la muqueuse rectale jusqu'à 10 centimètres au-dessus de l'orifice anal, endroit où s'arrêtait l'endoscope, se présentait comme une large ulcération intéressant les couches les plus superficielles de la muqueuse.

Ces lésions caractérisant la poussée inflammatoire aiguë auraient disparu (d'après les auteurs) en quelques jours par le traitement à l'émétine et les lavements au permanganate de potasse à 1 p. 5000. Sous l'influence de ce traitement, la paroi intestinale reprend sa souplesse, la muqueuse est moins congestionnée et ne laisse apercevoir que les lésions habituelles de la dysenterie dans sa forme subaiguë.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer les lésions dysentériques à la période aiguë telles que Carles et Froussard les ont décrites. Les malades que nous avons examinés étaient dans la plupart des cas des anciens dysentériques.

D'après les lésions observées chez nos malades, nous pouvons dire que la dysenterie peut donner lieu à toutes les formes des procto-sigmoïdites : simples, hémorragiques, à fausses membranes, érosives, ulcéreuses, végétantes.

La *congestion* de la muqueuse est la règle dans la dysenterie. Cette congestion peut être diffuse et d'intensité variable : rouge vif, rouge foncé, rouge violacé. Quelquefois elle apparaît par places sous forme de macules, d'un piqueté hémorragique ou de véritables *pétéchies* (obs. VII et VIII).

La lésion que nous avons observée souvent, c'est l'*œdème*. La muqueuse apparaît œdématisée, gonflée, augmentée d'épaisseur. Elle a perdu sa coloration rose normale et apparaît comme lavée, brillante. Elle est souvent couverte d'une mince couche de substance transparente, formée par du mucus.

Dans toutes nos observations, nous trouvons que l'examen rectoscopique a révélé la présence des *érosions superficielles*, de forme lenticulaire et de petites dimensions, souvent bordées d'un liseré rouge et presque toujours recouvertes de mucus. Dans beaucoup de cas, il ne s'agissait que d'exulcérations en coup d'ongle.

Dans d'autres cas, c'était une *ulcération* plus ou moins profonde, à bords irréguliers, polycycliques, saillants, quelquefois taillés à pic, mais non décollés ; son fond était boursillonneux ou granuleux, facilement saignant.

Chez un malade (obs. I, Dysenterie à *Lamblia*) la muqueuse présentait de nombreuses érosions, les valvules sacrée et coccygienne avaient leurs bords irréguliers. Cet aspect est fréquent dans la dysenterie.

Chez deux malades (obs. VI et VII) nous avons

trouvé des *plaques indurées* ; en retirant le rectoscope on a eu la sensation de « ressaut » au niveau de ces parties dures.

Chez nos malades le rectoscope a pu pénétrer en moyenne jusqu'à 15 centimètres au-dessus de l'anus ; dans les formes légères la pénétration se faisait facilement jusqu'à 20, 25 centimètres.

Les lésions principales se trouvaient généralement entre 5 et 15 centimètres.

A 13-15 centimètres, le rectoscope était souvent arrêté par l'œdème et l'infiltration de la paroi.

Nous ne trouvons pas dans nos observations, pas plus que Friedel et Carles et Froussard, l'ulcération à bords décollés décrite par les classiques comme pathognomonique de la dysenterie amibienne.

Il est très probable qu'une telle ulcération n'est propre qu'à des formes graves, mortelles de la dysenterie amibienne.

La rectoscopie qui rend les lésions visibles donne, comme nous venons de le voir, des renseignements précieux. Elle permet aussi d'éviter de graves erreurs de diagnostic. Nous avons pu observer quelques malades adressés à M. Bensaude comme dysentériques et chez lesquels l'endoscopie a révélé la présence d'un cancer ou d'hémorroïdes. Dans d'autres cas, enfin, l'hypothèse d'un cancer ou d'hémorroïdes devait être rejetée et le diagnostic de dysenterie s'imposait.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces erreurs grossières que la rectoscopie redresse immédiatement. C'est surtout sur les cas difficiles que nous voulons attirer l'attention, en particulier, sur la tuberculose procto-sigmoïdienne.

Friedel dit que l'ulcération tuberculeuse est plus profonde que celle de la dysenterie. Le fond de l'ul-

cération reste jaunâtre malgré le nettoyage. Sur ce fond on aperçoit plusieurs points jaunes plus nets (tubercules).

Friedel termine la description de l'ulcération tuberculeuse en disant : « le bord rouge et net de l'ulcération tranche sur le fond de la muqueuse pâle et souvent on trouvera à côté un semis de granulations ».

Malgré ces signes différentiels entre tuberculose et dysenterie, le diagnostic n'est pas toujours facile et l'hésitation est permise. La difficulté vient de ce fait que les lésions observées n'ont plus toujours leur caractère net et pour ainsi dire spécifique du début ; ces caractères sont souvent masqués par des lésions inflammatoires d'ordre banal. Il est encore plus difficile de faire le diagnostic entre les ulcérations des différentes formes de la dysenterie.

Enfin, il est des lésions inaccessibles au rectoscope par suite de leur siège très élevé. Dans tous ces cas où l'examen endoscopique n'a pas donné d'éclaircissement désirable, il est une méthode à laquelle on peut avoir recours. C'est l'examen radiologique.

ÉTUDE RADIOLOGIQUE

L'idée d'appliquer la radiologie à l'étude de la dysenterie vient naturellement à l'esprit lorsqu'on étudie les travaux de Stierlin.

Cet auteur a montré que dans la tuberculose iléo-cæcale, à tous les stades de la lésion, la portion de l'intestin dont la muqueuse est ulcérée n'apparaît sur aucune des radiographies prises en série après un repas bismuthé.

Ainsi, le radiologue qui examinera son malade cinq ou six heures après le repas opaque constatera entre l'ombre de la portion terminale de l'iléon et l'ombre du côlon ascendant une absence complète de l'ombre cæcale. Dans quelques cas, l'ombre du côlon ascendant même sera absente et on ne verra que celles de la partie terminale de l'iléon et du côlon transverse.

Stierlin interprète de la façon suivante l'image radiographique dans la tuberculose iléo-cæcale : la tunique musculaire a conservé toute sa contractilité et par l'exagération de ses mouvements péristaltiques, elle traduit l'irritabilité anormale de la muqueuse ulcérée qui, ne tolérant aucun contact, chasse le liquide opaque aussitôt qu'il y arrive.

Les lésions dysentériques étant analogues aux lésions tuberculeuses, la muqueuse ulcérée du rectum d'un dysentérique se comporte-t-elle de la même façon que celle d'un cæcum atteint de tuberculose ?

Comme les lésions dysentériques sont principalement localisées dans la région procto-sigmoïdienne,

la déformation de l'image portera-t-elle uniquement sur cette région ?

L'application de l'examen radiologique paraissait tout indiquée dans l'étude de la dysenterie après le travail de Stierlin.

MM. Florand et Bensaude firent cette étude radiologique de la dysenterie. Dans leur communication faite à la Société médicale des Hôpitaux le 27 juillet 1917, ces auteurs rapportent le résultat de cet examen pratiqué chez 20 malades atteints dans la plupart des cas de dysenterie amibienne.

Quelle technique faut-il suivre pour faire cet examen radiologique et quels renseignements peut-on en tirer ?

L'examen radiologique d'un dysentérique comme tous les examens du tube digestif aux rayons X doit être précédé d'introduction dans le tube digestif d'un corps opaque soit par ingestion, soit en lavement.

Habituellement, dans ces sortes d'examen on commence par le lavement opaque et on continue par le repas, car l'évacuation retardée de substance opaque ingérée pourrait reporter à plusieurs jours l'examen par le lavement.

Ce n'est, d'ailleurs, qu'une question d'économie de temps. Nous ne dirons que quelques mots des résultats obtenus par le repas opaque ; ils sont bien moins importants que ceux donnés par le lavement et pratiquement négligeables. D'après notre expérience personnelle, nous conseillons d'avoir recours principalement au lavement opaque.

I. — EXAMEN APRÈS LE REPAS OPAQUE. — Dans l'étude radiologique de la dysenterie nous avons eu recours à la méthode employée couramment dans la radiologie de l'intestin. Nous donnons à nos

malades 60 grammes de carbonate de bismuth, six à douze heures avant l'examen.

Les images radiologiques prises en série ont démontré dans quelques cas le retard d'évacuation de la substance opaque. Dans une observation (obs. VII) sur l'image prise quinze heures après le repas, on voit se dessiner la partie supérieure du cæcum, le côlon ascendant et une petite partie du transverse ; sur une autre image de la même malade prise trente-quatre heures après le repas, on voit la substance opaque occuper une partie de l'ascendant, tout le transverse et une partie du descendant. La dernière image (trente-sept heures après le repas) fait apercevoir le descendant et une partie de l'S iliaque ; rien du rectum.

La malade a eu un quart d'heure auparavant une petite selle noire diarrhéique. Sur tous les schémas, le gros intestin s'est dessiné sous forme de large colonne sans bosselures, ni incisures. Une autre observation (obs. VI) donne les images radiologiques analogues : la substance opaque occupe le côlon ascendant, le transverse et le descendant vingt-neuf heures après le repas.

Chez un autre malade (obs. V) la substance opaque se trouve dans l'ascendant douze heures après le repas bismuthé.

Ce retard d'évacuation est certainement très intéressant à constater étant donné la diarrhée habituelle de ces malades.

Il semble confirmer la conception de certains auteurs (Mathieu et ses élèves) qui considèrent les dysentériques comme un constipé et un faux diarrhéique.

Cependant, ce retard dans l'évacuation est trop

peu marqué pour qu'on puisse en tirer de grands renseignements.

Normalement, le bismuth franchit l'intestin en 24 à 48 heures. Chez les diarrhéiques la traversée se fait plus rapidement.

Le retard d'évacuation constaté chez les dysentériques ne serait donc que relatif : c'est un retard pour un diarrhéique et non pour un sujet normal.

A côté de ce retard d'évacuation, nous avons pu observer dans un cas (obs. IV) le passage très rapide de la substance opaque, qui neuf heures après le repas se trouvait dans le côlon descendant et l'S iliaque.

L'examen radiologique après le repas nous renseigne ainsi sur la durée d'évacuation de l'intestin. Quant aux modifications apportées sur la forme de l'intestin par le passage de la substance opaque, il vaut mieux avoir recours au lavement qu'au repas. Avec le repas, le moment précis de l'arrivée de la matière opaque dans le segment lésé est difficile à connaître. Avec le lavement, au contraire, l'intestin se remplit sous le contrôle de la vue.

II. — EXAMEN APRÈS LE LAVEMENT. TECHNIQUE DU LAVEMENT. — Les sels employés généralement pour un lavement opaque sont le carbonate de bismuth et le sulfate de baryum, tenus en suspension dans un litre ou un litre et demi d'eau, véhicule habituel, additionnée de gomme ou d'une autre substance mucilagineuse (empois d'amidon, agar-agar) qui aide à la suspension du sel opaque.

Ces sels présentent un gros inconvénient : leurs émulsions se sédimentent facilement et souvent la pénétration du lavement opaque qui doit être lente,

ce qui favorise encore la sédimentation, est empêchée par obstruction du tuyau ou de la canule. Des appareils homogénéiseurs spéciaux furent inventés pour obvier à cet inconvénient (Schwarz).

On a cherché aussi à améliorer la technique en préparant une substance qui se rapprocherait de l'état colloïdal, les préparations colloïdales étant trop coûteuses.

La technique du lavement opaque fut donc singulièrement simplifiée par le nouveau mode de préparation de sulfate de baryum.

MM. Bensaude et Terrey ont démontré dans leur note (*Presse méd.*, 1917, n° 17), quel avantage présente l'emploi comme substance opaque de sulfate de baryum en précipité gélatineux. Ce sel n'est autre chose que du sulfate de baryum chimiquement pur, obtenu par une préparation spéciale qui permet sa précipitation à l'état d'extrême division (1).

Le nom de sulfate de baryum en précipité gélatineux ne lui est donné que pour le distinguer du sulfate de baryum sec.

Ce corps, complètement inoffensif pour l'organisme, se comporte comme un corps inerte, n'ayant aucune action sur le péristaltisme du tube digestif.

L'inaction de ce sel sur le péristaltisme intestinal présente un grand avantage sur les sels de bismuth qui excitant le péristaltisme intestinal faussent inévitablement les résultats de l'examen radiologique.

MM. Florand et Bensaude ont employé dans tous

1. Cette préparation consiste dans la précipitation du chlorure de baryum recristallisé pur par un excès de sulfate de soude. Le précipité ainsi obtenu doit être soigneusement lavé afin d'éliminer toute trace de chlorure. Le sulfate de baryum ainsi préparé se trouve à l'état d'extrême division, surtout si l'on opère en liqueurs étendues et froides.

leurs examens par la méthode du lavement opaque cette nouvelle préparation de sulfate de baryum.

Le lavement opaque était toujours préparé suivant la formule :

SO ⁴ Ba gélatineux à 50 o/o	200 gr.
Gomme adragante.....	5 —
Gomme arabique.....	1 —
Glycérine.....	40 —
Eau, q. s. pour.....	1 litre

Pour l'administration du lavement opaque, le malade peut être placé dans le décubitus dorsal ; cette position est préférable pour le malade. Le décubitus ventral lui est évidemment supérieur et on faisait prendre au malade cette position toutes les fois qu'on voulait en avoir la radiographie.

Le lavement doit être donné sous faible pression.

La douleur ressentie par le malade au cours de l'administration du lavement est souvent l'indice du contact de la substance opaque avec la muqueuse ulcérée ; dès que cette douleur apparaît, il faut interrompre momentanément l'administration du lavement pour ne pas augmenter les contractions intestinales douloureuses. L'examen radiologique sera fait pendant tout le temps de la pénétration du lavement.

Si une colique se produit, il faut redoubler d'attention et observer avec soin l'aspect du segment d'intestin où vient de pénétrer le lavement opaque. Après la pénétration du lavement, il est bon de prolonger l'examen pendant quelque temps car l'image du gros intestin peut se modifier, comme nous le verrons plus loin.

Avant de parler des images radiologiques particulières à la dysenterie, voyons d'abord ce qui se

passé dans l'intestin normal. Le liquide opaque pénètre ici dans l'anse sigmoïde après une distension préalable de l'ampoule rectale. Il arrive quelquefois que le liquide est arrêté dans l'anse sigmoïde par un spasme qui est d'ailleurs de très courte durée. En général, le liquide opaque, dès qu'il pénètre dans le côlon descendant, y progresse très rapidement jusqu'à l'angle splénique du côlon où se produit un retard physiologique d'une assez courte durée.

Malgré ces deux arrêts, le liquide opaque parcourt en quelques minutes le gros intestin depuis le rectum jusqu'au cæcum. Les bosselures et les incisures du côlon sont d'abord peu visibles, effacées par la pression du liquide injecté ; elles réapparaissent en partie quelque temps après l'injection. Toutefois l'image du gros intestin projetée sur l'écran n'a pas quand même l'aspect classique de chapelet ; le gros intestin s'y présente plutôt sous forme d'une colonne d'assez large calibre, à bords plus ou moins dentelés.

Telle est l'image de l'intestin normal.

Dans de nombreux examens radiologiques des dysentériques, MM. Florand et Bensaude ont pu observer quelques modifications dans le mode de pénétration du lavement.

Quelles sont ces modifications ? Tout d'abord, c'est la rapidité avec laquelle le liquide opaque traverse l'ampoule rectale et l'S iliaque sans les distendre, en dessinant « un mince ruban sinueux rappelant les méandres d'un ruisseau », puis le liquide pénètre avec la même vitesse dans le côlon descendant jusqu'à l'angle splénique. Cette pénétration se fait tantôt d'une façon continue, tantôt en bonds successifs. Dans quelques cas elle a été tellement rapide que ces auteurs comparent cette rapidité à celle avec

laquelle monterait une colonne mercurielle d'un thermomètre qu'on plongerait dans l'eau chaude.

Le volume du liquide injecté a atteint 600 centimètres cubes et encore les malades le supportaient difficilement.

Cette quantité est suffisante pour que le liquide pénètre jusqu'au cæcum, tandis qu'à l'état normal il faut au moins 1 litre pour obtenir ce résultat.

Dans quelques cas très rares ces auteurs ont pu injecter 2 litres de liquide opaque.

Les mêmes auteurs ont observé encore plus souvent des modifications de l'image radiologique normale. Chez un sujet normal l'image radiologique de la région procto-sigmoïdienne, prise pendant l'administration d'un lavement opaque, est formée par une ampoule rectale fortement distendue ; sa forme habituelle est celle d'un cœur de carte à jouer et portant une profonde incisure latérale.

Chez les *dysentériques*, les images sont différentes de l'aspect normal et présentent les caractères suivants : dans les *formes graves* de la dysenterie, on n'observe pas l'ombre habituelle de l'ampoule rectale et de l'S iliaque ; cette ombre peut manquer complètement à tel point que MM. Florand et Bensaude parlent « de l'amputation rectale » pour bien attirer l'attention sur cette absence partielle de l'image radiologique. Dans d'autres cas, la partie supérieure du rectum seule ne se dessinait pas sur l'image ; dans d'autres cas encore, le rectum se dessinait tout entier, mais « sous forme d'une poire de petite dimension ou même d'un véritable canal à bords linéaires parallèles ».

Ainsi, dans les examens radiologiques des malades atteints de dysenterie, l'image projetée sur l'écran pendant l'administration d'un lavement opaque

montre tantôt la disparition complète des ombres de l'ampoule rectale et de l'S iliaque, tantôt leur diminution considérable : toute la région procto-sigmoïdienne paraît sur l'écran comme atrophiée et ratacinée ; tantôt l'ombre de l'S iliaque seule fait défaut et l'image présente une solution de continuité entre le rectum et le côlon descendant. Dans beaucoup de cas, l'ombre de l'S iliaque au lieu de se présenter sur l'écran sous forme de large colonne, son aspect habituel, ne s'y dessine que sous forme d'un filet très mince et donnant l'impression d'un tube rigide.

L'image ainsi modifiée de la région procto-sigmoïdienne ne varie pas, même quand on augmente la quantité de liquide injecté : tout le liquide s'accumule dans les autres segments relativement sains du gros intestin, surtout dans le cæcum, qui se dilate au fur et à mesure de la pénétration du liquide.

Ces modifications morphologiques portent non seulement sur le calibre de l'intestin, mais aussi sur la longueur des anses qui paraissent courtes, non extensibles sous la poussée du lavement. On peut se demander dans ces cas si l'intestin dysentérique n'a pas subi, par suite des lésions, un raccourcissement ou si celui-ci n'est causé que par l'état spasmodique de l'intestin.

Dans les formes légères, la déformation de l'image est bien moins nette quoique encore caractéristique : les contours du rectum et de l'S iliaque se dessinent sur l'écran, mais leur opacité est toujours moindre que celle du côlon descendant. C'est une ombre grise bien différente de l'ombre noire bien opaque du côlon et du cæcum.

MM. Florand et Bensaude n'ont jamais observé l'aspect marbré signalé dans les colites ulcéreuses par Stierlin et d'autres auteurs.

Un autre détail est encore à signaler et qu'on trouve habituellement même dans les formes légères de la dysenterie : c'est la rapidité avec laquelle le liquide opaque pénètre dans les différents segments du gros intestin. En dernier lieu, il faut attirer l'attention sur l'apparition immédiate pendant l'administration du lavement des bosselures et des incisures sur les côlons descendant et transverse (obs. I et IV). Normalement, elles manquent complètement dans les premières minutes et n'apparaissent qu'au bout d'un certain temps.

Voilà quelles sont les déformations de l'image radiologique habituellement constatées dans la dysenterie.

Comment peut-on expliquer ces modifications morphologiques ?

Le fait que la région procto-sigmoïdienne ne se dessine que faiblement sur l'écran ou même dans les cas graves fasse complètement défaut est dû à l'écoulement trop rapide du liquide opaque dans la partie sus-jacente du gros intestin.

Nous pensons qu'il s'agit là d'une hyperactivité de la muqueuse intestinale. L'excitation de cette muqueuse par l'arrivée sous pression du liquide injecté fait contracter par voie réflexe la tunique musculaire. A côté de ce rétrécissement spasmodique de l'intestin, il faut adjoindre une autre raison pour expliquer l'aspect radiologique de l'intestin dysentérique, c'est l'induration de la paroi intestinale, lésion si commune dans le stade avancé de la dysenterie. Cette hypothèse est conforme à celle qui explique la déformation de l'image dans la tuberculose iléo-cæcale.

Les lésions sont différentes par la nature et par le

siège, mais elles produisent des images radiologiques analogues.

MM. Florand et Bensaude comparent la muqueuse intestinale ulcérée des dysentériques à celle d'une vessie tuberculeuse : l'une et l'autre ne tolèrent aucun contact et les matières fécales ou la substance opaque sont chassées rapidement dans un autre segment plus tolérant. Il semblerait que la capacité de l'intestin sans être diminuée physiquement, l'est physiologiquement, comme dans la forme ulcéreuse de la tuberculose vésicale et que son évacuation rapide n'est que la traduction de la contractilité exagérée de son appareil musculaire, contractilité qui peut aller jusqu'à l'état spasmodique. Cette hypothèse semble être confirmée par l'examen rectoscopique : si l'induration et l'œdème sont constatés dans beaucoup de cas, dans tous ces cas, ni l'un ni l'autre ne sont suffisamment marqués pour diminuer d'une façon aussi considérable le calibre de l'intestin.

D'autre part, la radiologie elle-même nous démontre qu'il ne s'agit que d'une hypermotilité locale suivie d'une hypertonie, un véritable état spasmodique de l'intestin : dans quelques cas, l'ampoule rectale, absente sur la première radiographie, était nettement formée sur l'image suivante prise au bout de quinze ou trente minutes (obs. V).

Cet état spasmodique ne reste pas limité à la région procto-sigmoïdienne.

Spasme également cette apparition rapide des bosselures et des incisures du côlon transverse, beaucoup plus profondes qu'à l'état normal. Spasme toujours la douleur provoquée par la pénétration du lavement et la faible quantité de liquide toléré par l'intestin.

La dysenterie se rapproche par ce fait des « diarrhées spastiques » décrites par Stierlin et améliorables par la belladone. Il a constaté que l'image radiologique observée le jour de l'administration de la belladone (4 centigr. en quatre fois) ne montre plus les profondes incisures caractéristiques de l'état spastique de l'intestin.

Il serait intéressant au point de vue des images radiologiques d'étudier l'influence de la belladone dans la dysenterie.

Le spasme, cependant, n'est pas la seule raison de l'aspect radiologique de l'intestin dysentérique.

Il faut y adjoindre les lésions permanentes de la paroi intestinale qui par l'œdème, l'épaississement des tuniques diminuent le calibre de l'organe et lui donnent une rigidité anormale. C'est donc la combinaison de ces deux états, spasme et rigidité qui expliquent le mieux l'aspect radiologique observé.

DIAGNOSTIC

L'application de l'examen radiologique chez les dysentériques peut-elle avoir un intérêt pratique ?

Les aspects que nous venons d'étudier sont-ils spéciaux à la dysenterie et peut-on leur accorder quelque confiance en vue d'éclairer un diagnostic délicat ? En un mot, les images radiologiques sont-elles pathognomoniques de la dysenterie ?

A priori on peut croire qu'une image analogue sera obtenue toutes les fois qu'une ulcération de la muqueuse procto-sigmoïdienne sera suivie d'un état inflammatoire avec infiltration des couches profondes, quelle que soit la cause de cette altération.

De toutes les affections ulcéreuses de l'S iliaque et du rectum, c'est surtout *la tuberculose* dont l'image ressemble le plus à celle de la dysenterie.

Dans une observation personnelle de tuberculose recto-sigmoïdienne, l'image radiologique prise après l'administration d'un lavement opaque était différente de celle de la dysenterie. On a pu injecter en tout 450 centimètres cubes de liquide opaque. L'ampoule rectale s'est formée, son opacité est à peine marquée, l'ombre de l'S iliaque se devine plutôt qu'elle ne se voit ; toute la substance opaque est divisée en deux masses, dont l'une à droite paraît occuper la partie la plus haute de l'anse sigmoïde et l'autre, à gauche, la partie inférieure du côlon descendant. A côté de cette disposition générale de la matière opaque qui ne se différencie guère de ce que nous avons décrit pour la dysenterie, on constate un aspect tout par-

ticulier des contours de l'ampoule rectale. C'est un aspect fortement dentelé, en carte de géographie que nous n'avons jamais trouvé dans la dysenterie. Ceci tient probablement à ce que les lésions ulcéreuses dans ce cas étaient plus profondes qu'elles ne sont dans la dysenterie.

Quelles sont les autres maladies qui peuvent donner une image radiologique semblable à celle de la dysenterie ?

Ce sont le cancer, la polypose et les rétrécissements.

Dans le cancer du rectum, l'image varie suivant le siège et la forme du néoplasme. Quelques rares formes cliniques du cancer peuvent se rapprocher du tableau clinique de la dysenterie (cancer colloïde). Un néoplasme qui siège assez haut et dont la masse est suffisamment volumineuse peut produire une véritable sténose qui se traduirait sur l'écran par une ampoule très distendue avec une profonde incisure latérale. Le liquide opaque s'accumule dans l'ampoule sans pouvoir franchir l'obstacle constitué par le néoplasme. La quantité de liquide reste relativement faible.

Dans d'autres cas où la tumeur est peu volumineuse et de formation récente, l'image se rapprochera de l'image normale et en tout cas n'aura aucune analogie avec l'aspect observé dans la dysenterie.

Dans la forme annulaire du cancer avec infiltration de la paroi, il se produit une réduction du calibre de l'intestin qui se traduit sur l'image par une lacune circulaire. Cette image se dessine de la façon suivante : un canal, dont la hauteur varie selon la dimension du néoplasme, se trouve entre l'ampoule distendue et le segment intestinal sus-jacent au néo-

plasme. Cette image est aussi différente de celle de la dysenterie.

Dans la *polypose* (adénomes recto-sigmoïdiennes), affection rare, l'image pourrait ressembler de loin à celle des dysentériques, surtout dans les cas de polypose sans sténose.

Mais ici le radiologue pourra constater de petites lacunes à contour net et arrondi, correspondant exactement par leur forme et leur siège aux polypes observés à la rectoscopie.

Nous rapportons ici une figure, prise sur un malade atteint de polypose, qui fait apercevoir nettement la différence des images de ces deux affections.

Le diagnostic différentiel de l'image des dysentériques avec celles obtenues dans les *rétrécissements inflammatoires* sera très facile.

Le rétrécissement cicatriciel donnera une image caractéristique par sa forme conique « en navet » qui fera apercevoir très nettement l'étendue de la lésion et l'inextensibilité des parois intestinales sur un grand trajet.

Nous voyons de tout ce qui précède que l'image radiologique de la dysenterie caractéristique à plus d'un point de vue pourra dans bien des cas apporter sa contribution dans la recherche du diagnostic des affections recto-sigmoïdiennes.

OBSERVATIONS

Obs. I (due à l'obligeance de MM. les Dr^s Florand et Bensaude). — *Dysenterie à Lamblia, contractée en Tunisie. Forme érosive. — Trois examens rectoscopiques. — L'examen radiologique par la méthode du lavement.*

T..., 38 ans, caporal au 169^e d'infanterie.

Le malade entre dans le service de M. le Dr Florand, à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 1^{er} novembre 1916, pour de la diarrhée muco-sanguinolente.

Dans ses antécédents, nous ne trouvons qu'une fistule à l'anus dont il fut opéré en 1912.

Le malade était en Tunisie depuis un an, quand les premiers troubles gastro-intestinaux se sont produits au mois de septembre 1915. Le syndrome dysentérique ne se déclara franchement qu'en janvier 1916; le malade fut atteint de douleurs abdominales; ses selles devinrent diarrhéiques: liquides, elles contenaient des glaires, du sang et du pus. Les évacuations étaient nombreuses: 20 selles dès le début.

Après avoir passé successivement par différents hôpitaux en Tunisie, il fut évacué en France et entra à l'hôpital du Val-de-Grâce.

A son entrée, il a 10 selles diarrhéiques, qui contiennent comme au début de sa maladie des glaires, du sang et du pus; il se plaint de douleurs abdominales, d'épreintes, du ténesme, d'inappétence et d'insomnie.

Le malade est très affaibli, très anémié et ne pèse que 56 kilos.

L'amélioration survient assez rapidement: le dixième jour, il n'a que deux selles pâteuses, contenant du pus. Le sommeil revient, l'appétit s'améliore, mais les douleurs abdominales, les épreintes, les faux besoins persistent.

Plusieurs examens successifs des selles pratiqués à l'Institut Pasteur sont négatifs et ce n'est que le 14 mars 1917 qu'on trouve dans les matières des kystes de *Lamblia*.

A l'examen pratiqué le 22 mars, on constate des *Lamblia*s mobiles.

Très amélioré le malade quitte le service le 9 avril 1917 avec augmentation de son poids de 6 kilos.

Il revient dans le service le 17 mai 1917 à cause de la diarrhée qui persiste, quoique peu intense : 5 à 6 évacuations demi-moulées, mais purulentes, crémeuses, jaunes, parfois légèrement rosées.

Le malade a de temps en temps des émissions de pus indépendamment des selles. Il ne souffre qu'au moment des évacuations. Son poids est stationnaire : il pèse 62 kilos.

4 juillet. — Le malade a trois ou quatre selles par jour, moulées, recouvertes de pus.

On pratique de nouveau le 8 juillet 1917 un examen de ses matières et on trouve des *Lamblia*s mobiles.

L'examen rectoscopique est pratiqué par le Dr Bensaude le 19 décembre 1916. Le rectoscope pénètre jusqu'à 13 centimètres au-dessus de l'anus et ne peut être introduit plus loin à cause de la douleur.

La région allant jusqu'à 3 centimètres au-dessus de l'anus est recouverte de minimes érosions encadrées de pus. La valvule sacrée et la valvule coccygienne ont des bords irréguliers, rouge vif.

Cet aspect est celui d'une recto-sigmoïdite érosive fréquente dans la dysenterie.

On conseille au malade de faire deux fois par semaine des lavages au protargol à 1 o/o et des injections de cacodylate de soude à 5 o/o.

Un nouvel examen rectoscopique est pratiqué le 22 janvier 1917,

Les érosions recouvertes de séro-pus persistent, mais le bord de la valve est beaucoup moins échancré et les exulcérations sont moins profondes. Quand on détache les fausses membranes, on voit la muqueuse rectale plus lisse, plus

régulière, moins rouge. A 13 centimètres on voit encore un fond légèrement ulcéré.

L'examen est refait le 13 mars 1917. On retrouve les mêmes lésions : valves avec ulcérations moins étendues et muqueuse moins rouge, moins ulcérée.

L'examen radiographique est pratiqué le 17 mai 1917.

Le lavement opaque de 600 centimètres cubes de sulfate de baryum gélatineux est bien supporté. On fait aussitôt une radiographie. L'ampoule rectale s'est formée, mais son ombre est à peine marquée.

L'anse sigmoïde apparaît très courte ; sa partie inférieure fait complètement défaut, par contre sa partie supérieure est très nettement dessinée. L'ombre du côlon descendant est peu marquée et laisse apercevoir les irrégularités de ses contours.

Le côlon transverse se présente sous forme de chapelet. La substance opaque ne dépasse pas le tiers supérieur du côlon ascendant.

Après l'expulsion du lavement, on ne constate que quelques taches opaques de baryte dans le côlon descendant.

Obs. II (due à l'obligeance de MM. les Drs Florand et Bensaude). — *Dysenterie amibienne contractée à Salonique. — Forme érosive. — Deux examens rectoscopiques. — Examen radiologique par la méthode du lavement.*

A..., 33 ans, caporal brancardier du 1^{er} colonial. Le malade entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, dans le service de M. le Dr Florand le 11 décembre 1916 pour de la dysenterie.

Envoyé à Salonique le 23 février 1916, il est atteint, deux ou trois mois après son arrivée, de paludisme et de troubles intestinaux diagnostiqués entérocolite, mais qui n'étaient probablement autre chose que le début de sa dysenterie. Les premières atteintes franches de la maladie se manifestent au mois de juin 1916. Il a 10 à 12 selles glaireuses, sanguinolentes.

Evacué en France en septembre 1916, et après avoir passé

successivement dans les différents hôpitaux de province, il entre au Val-de-Grâce.

A son entrée il a 7 à 8 évacuations par 24 heures. Ses selles sont liquides, glaireuses et franchement purulentes.

Il se plaint de douleurs abdominales généralisées, d'insappétence, d'insomnie, de sueurs nocturnes. Le poids est de 54 kilos.

L'amélioration se produit assez rapidement : les selles deviennent pâteuses le quatorzième jour, puis moulées le vingtième jour. Pourtant quelques troubles intestinaux se produisent encore après chaque repas.

19 mai 1917. — Le malade n'a que 2 ou 3 selles par jour, moulées et demi-moulées, presque toutes purulentes, avec du pus entourant les matières. Pas d'émissions de pus indépendantes des selles.

Tous les huit jours se produit une véritable débacle des glaires que le malade compare à du blanc d'œuf.

L'examen des matières fait à l'Institut Pasteur y montre la présence nette d'amibes.

L'examen rectoscopique est pratiqué par le Dr Bensaude le 6 février 1917.

Le toucher rectal ne révèle rien de particulier.

Rectoscopie. La muqueuse est par places très rouge, mais non granuleuse. Sur cette muqueuse apparaissent de petites érosions blanchâtres, tantôt arrondies, tantôt irrégulières de forme, bordées par un liseré rouge.

Deux de ces érosions sont les plus marquées : l'une siège à 6 centimètres ; l'autre à 12 centimètres au-dessus de l'anus.

13 mars 1917. — *Nouvel examen rectoscopique.*

A 10 centimètres la muqueuse présente le même aspect avec un pont de substance normale entre les deux érosions.

On aperçoit encore une érosion siégeant à 10 centimètres, couverte d'une mince membrane blanchâtre et rappelant un peu l'aspect d'un aphte.

L'examen radiologique est pratiqué le 19 mai 1917.

On donne un lavement de 600 centimètres cubes de sul-

fate de baryte gélatineux, le malade étant dans le décubitus ventral. La radioscopie pratiquée aussitôt après montre que l'ampoule rectale s'est formée, mais son ombre est grise, qu'une grande partie de l'ombre de l'S iliaque fait défaut. Sur le transverse et la partie supérieure du descendant se trouvent des bosselures et de profondes incisures.

Le lavement est évacué au bout de trois quarts d'heure. Après son évacuation, on constate à la radioscopie la persistance d'une colonne opaque, bien moulée partant de l'angle splénique et arrivant au tiers moyen du côlon descendant. Rien dans le rectum.

OBS. III. — (Due à l'obligeance de MM. les Drs Florand et Bensaude). — *Dysentérie amibienne. — Forme ulcéreuse. — L'examen rectoscopique. — Examen radiologique.*

F.... 44 ans, soldat de 2^e classe du 101^e d'infanterie.

Le malade entre dans le service de M. le Dr Florand au Val-de-Grâce, le 10 mars 1917, pour de la diarrhée.

Le début de sa maladie date du mois de septembre 1915 quand, à Nieuport, il fut brusquement pris d'une diarrhée dysentériforme : 6 à 7 selles glaireuses, sanguinolentes accompagnées d'épreintes. Puis, la diarrhée devient intermittente ; en 1916 il a trois rechutes, dont la dernière l'amène au Val-de-Grâce.

A son entrée, il a 7 à 8 selles liquides, glaireuses, sanguinolentes ; il se plaint de douleurs abdominales. Il a maigri considérablement et ne pèse que 59 kgr. 500.

9 mai 1917. — Le malade a à 5 à 7 selles par jour, franchement purulentes et sanguinolentes, peu douloureuses.

Plusieurs examens des matières sont pratiqués à l'Institut Pasteur : les 3 premiers sont négatifs, les 4 suivants révèlent chaque fois la présence nette d'*Amœba histolytica*, avec des globules rouges dans le protoplasma.

L'examen rectoscopique est pratiqué le 24 avril 1917. Le rectoscope pénètre jusqu'à 15 centimètres.

La muqueuse est uniformément rouge, congestionnée ; des

vaisseaux y dessinent nettement leurs contours. A 13 centimètres sur le bord d'une valvule, on voit une petite érosion ayant la forme d'un aphte.

A 9 centimètres, il existe à la face antérieure une autre érosion large, entourée surtout en haut, par un rebord irrégulier, rouge vif qui contraste avec l'aspect du fond qui est recouvert d'un peu de pus.

A 6 centimètres se trouve une ulcération sur le côté droit près du bord libre d'une valve, ulcération arrondie et mal limitée, à bords rouge vif, très saillante, et qui semble être constituée par une série d'élevures. Plus bas, dans la région sphinctérienne et à droite, des érosions mal limitées recouvertes de séro-pus. Ce qui frappe, c'est l'intégrité de toute la muqueuse recto-sigmoïdienne au delà de 13 centimètres.

L'examen radiologique. — On administre un lavement de sulfate de baryte gélatineux. Le malade est dans le décubitus ventral. L'injection de 350 centimètres cubes de ce liquide produit des douleurs et l'on interrompt l'administration du lavement.

La radiographie prise aussitôt après montre que la colonne opaque est montée jusqu'à l'angle splénique. L'ombre de l'ampoule rectale manque totalement; l'anse de l'S iliaque est nettement dessinée, elle est large et courte. Les bosselures et les incisions sont très marquées sur le côlon descendant.

La deuxième radiographie, prise une heure après, montre la formation presque complète de l'ampoule rectale.

OBS. IV (Due à l'obligeance de MM. les Drs Florand et Bensaude). — *Dysenterie amibienne contractée en France.* — *Amibes.* — *Forme érosive.* — *Deux examens rectoscopiques.* — *Examen radiologique par la méthode du lavement et du repas opaques.*

V... Jean, 26 ans, soldat de 2^e cl. du 81^e d'artillerie lourde.

Le malade entre à l'hôpital du Val-de-Grâce dans le service de M. le Dr Florand, le 26 janvier 1917, pour la diarrhée sanguinolente.

Le début de la maladie remonte au mois de février 1916. Etant à Verdun, le malade est pris brusquement de diarrhée et a 10 à 15 selles par jour. Les selles sont liquides, mais ne contiennent ni glaires, ni sang.

Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, il entre au Val-de-Grâce en janvier 1917.

A son entrée, le malade a 6 à 8 évacuations glaireuses, sanguinolentes. Les selles ont cet aspect depuis un mois environ.

Le malade se plaint de douleurs abdominales, de coliques, de tenesme, d'épreintes, d'inappétence, d'insomnie.

Il se trouve très fatigué. Son poids est de 61 kilogrammes.

7 mai 1917. — Le malade n'a que 3 ou 4 selles par jour. Les selles ne sont plus hémorragiques, mais restent purulentes. Le malade se plaint de tenesme et de douleurs abdominales.

5 juillet 1917. — Le malade a 4 à 5 évacuations pâteuses, mais contenant du pus.

Le foie est normal ; la rate est percutable.

Le malade dort bien ; l'appétit est bon.

L'examen des matières pratiqué à son entrée au Val-de-Grâce fut négatif ; refait trois semaines après, il révéla la présence d'amibes.

L'examen rectoscopique, est pratiqué par le Dr Bensaude, le 24 avril 1917.

Le toucher rectal ne révèle rien de particulier.

Rectoscopie. — Erosions multiples, commençant immédiatement au-dessus de la région sphinctérienne et paraissant cesser à 15 centimètres ; plates, elles s'imbriquent souvent les unes dans les autres et dessinent une sorte de réseau, dans les mailles duquel la muqueuse est rouge.

A 13 centimètres se trouve une région hémorragique sans fausses membranes.

12 juin 1917. — *Nouvel examen rectoscopique.* — A 13 centimètres la muqueuse est très rouge, avec des érosions, dont l'une est recouverte d'une fausse membrane.

A 10 centimètres une petite érosion lenticulaire et sans

fausse membrane, à bords descendant en pente. Au-dessus, on voit de petites érosions lenticulaires, sans fausses membranes. La muqueuse dans son ensemble est rosée, non granuleuse.

Pas d'œdème et pas d'induration profonde de la paroi.

Amélioration notable sur l'état précédent.

La radiographie et la radioscopie ont été faites chez le Dr Bensaude le 7 et le 15 mai 1917 par la méthode du lavement et du repas opaques.

I. — *Lavement*. — On donne au malade un lavement baryté de 600 centimètres cubes. Le lavement est bien supporté et pénètre rapidement jusqu'à l'angle splénique.

Pendant la pénétration, l'ampoule rectale ne se forme pas et donne l'aspect d'un tuyau assez mince. Cependant au bout de quelques minutes, elle se dessine plus nettement que chez les autres dysentériques, déjà examinés.

Elle est formée au moment où la colonne opaque parvient à l'angle splénique, mais elle est toutefois d'un volume inférieur à la normale.

L'injection de ces 600 centimètres cubes de lavement est bien supportée par le malade, sans douleurs, ni coliques.

La radioscopie démontre la persistance de l'ampoule rectale et la pénétration spontanée de la colonne opaque jusqu'au côlon proximal.

L'ombre de l'ampoule rectale est à peine marquée. La partie inférieure de l'S iliaque fait défaut, tandis que sa partie supérieure s'est dessinée très nettement. L'opacité du côlon descendant est très peu marquée.

Le transverse se présente sous forme de chapelet à segments petits et très aplatis.

En résumé, la pénétration du lavement s'est faite plus lentement que chez les autres dysentériques. L'ampoule s'est dessinée presque normalement, mais au bout d'un certain temps, une fois que la substance opaque est arrivée à l'angle splénique.

La radiographie prise immédiatement après l'administration du lavement opaque donne une image analogue.

A l'examen radioscopique, refait aussitôt après l'évacuation du lavement on ne constate aucun reliquat de baryte dans le gros intestin.

II — *Repas opaque*. — L'examen radioscopique pratiqué neuf heures après l'ingestion du carbonate de bismuth montre la présence de la substance opaque dans le côlon descendant et dans l'S iliaque.

Il n'y a de substance opaque ni dans le rectum, ni dans les autres segments du gros intestin. Le bismuth forme dans les parties injectées une série de boules continues séparées par des étranglements.

L'examen pratiqué seize heures et demie après l'ingestion du repas opaque donne absolument la même image.

OBS. V (Due à l'obligeance de MM. les Drs Florand et Bensaude). — *Dysenterie amibienne contractée aux Dardanelles. Deux examens rectoscopiques. — L'examen radiologique (repas opaque et lavement).*

E..., vingt-neuf ans, soldat de 2^e classe, au 21^e colonial.

Le malade entre dans le service de M. le Dr Florand, à l'hôpital du Val-de-Grâce, le 15 février 1917, pour de la diarrhée muco-sanguinolente.

Parti pour les Dardanelles au mois de juin 1915, il fut atteint de troubles gastro-intestinaux un mois après. D'emblée il eut 18 selles glaireuses et sanglantes. En même temps, il contracta la fièvre typhoïde, pour laquelle on l'évacua en France. Depuis, le malade a eu trois rechutes, dont la dernière l'amena au Val-de-Grâce.

Pendant son séjour dans les différents hôpitaux, il a reçu 106 injections de chlorhydrate d'émétine.

L'examen de ses matières fait dans un hôpital aurait révélé la présence d'amibes.

A son entrée au Val-de-Grâce, le malade a 7 selles muco-sanguinolentes.

Il se plaint des épreintes, du ténesme et de douleurs dans les régions épigastrique, hépatique et périombilicale. Le

foie est douloureux à la percussion. D'ailleurs, en octobre 1916, le malade a eu de l'ictère. La rate est perceptible.

L'état général est assez bon. Le poids est de 60 kilos 500.

L'état du malade s'améliore peu à peu et au mois de mai ses selles sont légèrement moulées. Les douleurs abdominales persistent toujours.

5 juillet. — Les selles ne sont qu'au nombre de 2 à 3; moulées, elles contiennent du pus, surtout celle du matin.

Le ténesme et les épreintes persistent. Le sommeil et l'appétit sont bons.

Plusieurs examens des matières faits à l'Institut Pasteur n'ont rien décelé: ni bacilles, ni amibes, ni kystes.

L'examen rectoscopique est pratiqué par M. le Dr Bensaude le 24 avril 1917.

Le toucher rectal ne révèle rien de particulier.

Rectoscopie. — Toute la région comprise entre 4 et 13 ou 14 centimètres au-dessus de l'anus est couverte d'ulcérations. Ces ulcérations sont très nombreuses, de forme très variable; les unes sont creuses, à bords surélevés; les autres sont plates et rappellent l'aspect d'une simple plaque muqueuse ou fausse membrane appliquée sur une muqueuse rouge.

Un nouvel examen rectoscopique est fait le 12 juin 1917.

A 13 centimètres il existe une érosion d'un rouge vif, légèrement saignante après le nettoyage. Une autre petite érosion se trouve à 10 centimètres sur la face inférieure d'une valve. Cette érosion est en coup d'ongle; elle est d'un rouge vif, ses bords sont nets, elle n'est pas recouverte de fausse membrane. Le reste de la muqueuse est rouge, lisse, non œdématisé. Les veines ne sont pas dilatées. On a l'impression d'une amélioration notable.

Les examens radioscopique et radiographique sont pratiqués par M. le Dr Bensaude.

Un lavement de 500 centimètres cubes de sulfate de baryum gélatineux est administré au malade. Ce lavement pénètre d'emblée jusqu'à l'angle colique gauche. On l'interrompt à cause de la douleur. Le malade est radiographié aussitôt après.

La partie terminale du tube digestif se dessine à peine sous forme d'un long canal à bords parallèles, formé par l'ampoule rectale et une partie de l'S iliaque. L'anse sigmoïde est courte. La substance opaque remplit tout le gros intestin, qui présente de profondes incisures et bosselures.

La deuxième radiographie est prise une demi-heure après. L'ombre de la région proctosigmoïdienne est à peine marquée, mais les contours de l'anse sigmoïde sont plus larges, plus sinueux.

Troisième examen. — Le malade est examiné huit jours après. On administre un lavement opaque.

L'ampoule rectale et une partie inférieure de l'S iliaque manquent.

La substance opaque remplit l'S iliaque, qui est très court, et le côlon descendant, dont les contours sont irréguliers.

On voit des traces de substance opaque dans les côlons transverse et descendant.

OBS. VI. — (Due à l'obligeance de MM. les D^{rs} Florand et Bensaude). — *Dysenterie sans agent connu, contractée à Salonique (Forme ulcéreuse).* — *Deux examens rectoscopiques.* — *L'examen radiologique par la méthode du lavement et du repas opaque.*

J..., 29 ans, au 114^e d'artillerie lourde.

Le malade entre dans le service de M. le D^r Florand à l'hôpital du Val-de-Grâce le 18 mars 1917 pour de la diarrhée glaireuse. Le malade n'a jamais présenté auparavant aucun trouble gastro-intestinal.

Le début de sa maladie actuelle date du mois de juillet 1916.

Le malade était à Salonique depuis cinq mois.

Il aurait eu à ce moment 30 à 40 selles d'abord purement hémorragiques, puis sanglantes et glaireuses peu de temps après. L'amélioration ne serait survenue qu'au bout de deux mois à la suite d'un traitement habituel : émétine, opium, bismuth. Il n'aurait eu à ce moment que 3 selles pâteuses, non

hémorragiques. Le foie aurait débordé les fausses côtes et la rate aurait été perceptible.

Le malade entre au Val-de-Grâce à la suite d'une rechute qui s'est produite le 3 février 1917.

A son entrée, le nombre d'évacuations quotidiennes est déjà tombé de 15 à 5 ou 6. Ses selles sont pâteuses, mélangées de mucus et de glaires.

Le malade se plaint de ténésme, d'épreintes, de douleurs abdominales, surtout dans la région de l'angle splénique. Ces douleurs surviennent après les repas.

L'abdomen est douloureux à la palpation. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume.

Le malade est pâle, anémié, mais son état général est assez bon ; il pèse 65 kilos.

Plusieurs *examens* des selles faits à l'Institut Pasteur ont été négatifs au point de vue des bacilles, des amibes et des kystes.

L'*examen rectoscopique* est pratiqué par M. Dr Bensaude le 24 avril 1917. Le toucher rectal ne révèle rien de particulier. L'endoscope pénètre jusqu'à 15 centimètres. Il est impossible de l'introduire au delà. Toute la muqueuse depuis la région sphinctérienne jusqu'à 15 centimètres est labourée d'ulcérations, dont la plupart sont recouvertes de fausses membranes blanchâtres ; d'autres sont rouges, saignantes.

En retirant le rectoscope on se heurte à des parties dures, comme cartilagineuses, surtout au niveau d'une valve située à 8 centimètres, à droite.

Un *nouvel examen* est pratiqué le 12 juin 1917.

Le rectoscope pénètre jusqu'à 13 centimètres.

A partir de 9 centimètres on sent que la paroi est indurée et que la pénétration devient plus difficile et même douloureuse.

La muqueuse est rosée, parfois rouge, mais non rouge foncé ; elle est lisse et non granuleuse. Sur toute l'étendue explorée par l'instrument, dès la région sphinctérienne, il y a des érosions de formes très variables : allongées, arrondies, avec des prolongements multiples, elles sont de dimensions

également variables. Toutes les érosions sont très superficielles, les bords sont plu'ôt en pente qu'en emporte-pièces; elles sont recouvertes de fausses membranes blanchâtres^s qu'on enlève difficilement et qui saignent quand on les frotte un peu. Pas d'œdème marqué.

L'examen radiologique est pratiqué le 3 mai 1917.

I. — *Repas opaque.* — Le malade a ingéré à 11 heures du matin 60 grammes de carbonate de bismuth. La radioscopie est faite cinq heures après l'ingestion. On constate que le bismuth est encore dans l'estomac et dans l'intestin grêle.

Le 4 mai, à 10 heures, la radioscopie montre que le bismuth est dans le côlon ascendant, le transverse et le descendant. On fait encore un examen le même jour à 4 heures. Cette radioscopie présente la même image.

II. — *Lavement.* — Un lavement de sulfate de baryum gélatineux est administré à ce malade. Le lavement pénètre très rapidement et parcourt le rectum et le sigmoïde sous forme d'un mince filet, rappelant l'aspect d'un ruisseau ou d'un serpent. La pénétration de la colonne opaque se fait en bords successifs jusqu'à l'angle splénique. Dans cet écoulement on constate que le rectum se laisse modérément distendre.

On injecte environ 600 cc. qui sont relativement bien supportés.

La radiographie faite aussitôt après montre que l'ombre de l'ampoule rectale est petite, grise, que celle de l'S iliaque manque en partie. La substance opaque se présente sous forme de boules irrégulières dans les côlons descendant et transverse. Le malade rejette son lavement. Il reste une petite tache opaque arrondie dans le sigmoïde, mais rien dans le rectum.

Obs. VII (personnelle, due à l'obligeance de M. le Dr Bensaude). — *Dysenterie sans agent connu.* — *Deux examens rectoscopiques.* — *L'examen radiologique (repas opaque et lavement).*

M. M..., vingt-quatre ans, fille de salle, est entrée à la
Z. Braïlovsky 4

salle Trousseau, lit n° 11, le 18 juillet 1917, pour de la diarrhée sanguinolente datant de trois mois.

Antécédents personnels. — Rougeole à huit ans ; fièvre typhoïde à douze ans.

La malade, constipée habituellement, fut prise brusquement de diarrhée il y a quatre mois. Dès le début, elle a par jour 6 à 8 selles glaireuses, sanguinolentes ; tantôt ce sont des glaires pures. Il est à noter qu'il y a six mois, elle a eu au cours de sa constipation, une seule fois, une perte de sang par l'anus.

Actuellement, plusieurs selles sanguinolentes par jour, diarrhéiques, glaireuses. Douleurs abdominales vives, augmentées par l'ingestion des aliments. Elle se plaint de ténésme, d'épreintes, d'insomnie, d'inappétence. L'état général est bon, bien que la malade dit avoir perdu 28 livres du 1^{er} mai au 18 juillet.

Rien de spécial aux autres appareils.

10 août. — Nous faisons une série de 5 injections d'émétine de 0 gr. 04 à 0 gr. 08 qui produit une amélioration notable. La malade n'a par jour que deux à trois selles, mais cet état ne se maintient pas.

L'examen bactériologique fait à l'Institut Pasteur le 22 août est négatif : ni amibes, ni kystes, ni bacilles.

L'examen rectoscopique est pratiqué le 17 août 1917.

Toucher rectal. — Rien de particulier. Le rectoscope pénètre jusqu'à 14 centimètres ; l'introduction est arrêtée par la douleur.

Jusqu'à cette hauteur, sur une muqueuse rosée, peu congestionnée, se trouvent des érosions polymorphes. Ces érosions sont généralement peu marquées, à contours irréguliers ; les unes sont recouvertes de pus, les autres non.

A 10 centimètres siège une ulcération qui a les dimensions d'une pièce de 0 fr. 50 ; ses bords sont irréguliers, entourés d'un liseré rouge, le fond en est plat. A côté, se voit une seconde érosion plus large, mais plus irrégulière, à contours de carte géographique.

Rectoscopie. — 28 août 1917. — La muqueuse est rouge,

avec par places un piqueté hémorragique. On trouve les mêmes ulcérations que le 17 août. A 10 centimètres on a une sensation d'induration cartilagineuse.

Septembre. — L'état de la malade reste stationnaire : elle continue à avoir des selles glaireuses, sanguinolentes. Une série de 10 injections d'hectine A paraît donner une amélioration (la malade a 2 ou 3 selles).

Cette amélioration n'est que passagère. La malade, une fois les injections cessées, se plaint aussitôt de fréquence des selles, d'insomnie.

Octobre. — On refait à la malade une série de 5 injections de chlorhydrate d'émétine sans obtenir plus de résultat qu'auparavant.

L'examen radiologique est pratiqué le 19 octobre 1917.

I. — *Repas opaque*. — On fait ingérer à la malade 60 grammes de carbonate de bismuth.

La radioscopie faite 10 heures après montre que le cæcum seul est rempli de substance opaque. Sur l'image prise 15 heures après, la partie supérieure du cæcum, le côlon ascendant et une partie du transverse se sont dessinés.

34 heures après. — On voit sur l'écran une partie de l'ascendant, le transverse et une partie du descendant.

37 heures après. — Tout le côlon descendant et une partie de l'S iliaque se dessinent sur l'écran ; rien du rectum. La malade a eu un quart d'heure auparavant une petite selle noire diarrhéique.

II. — *Lavement* le 12 novembre 1917. — L'ampoule rectale et l'S iliaque ne se forment pas, tout le liquide passe immédiatement dans le côlon descendant, le transverse et l'ascendant. La malade a pu supporter le lavement de 950 centimètres cubes.

Obs. VIII (Due à l'obligeance de MM. les Drs Florand et Bensaude). — *Dysenterie sans agent connu, contractée à Salonique (Forme à fausses membranes)*. — *Deux examens rectoscopiques*. — *L'examen radiologique par la méthode du lavement*.

B..., vingt-sept ans, 3^e d'artillerie coloniale. Le malade

entre à l'hôpital du Val-de-Grâce dans le service de M. le Dr Florand le 19 mai 1917 pour de la diarrhée muco-sanguinolente.

Parti pour Salonique au mois de juillet 1916, le malade fut atteint peu de temps après de paludisme et de troubles gastro-intestinaux qui s'aggravèrent progressivement. Le nombre de selles quotidiennes est de 10 à 18 au mois de novembre 1916. Evacué en France en janvier 1917, il passe d'abord successivement dans différents hôpitaux de province, pour entrer ensuite au Val-de-Grâce.

A son entrée, il a par jour 8 à 10 selles qui sont liquides, glaireuses, sanglantes.

Il se plaint de douleurs dans les deux fosses iliaques. Cette douleur augmente au moment de la défécation. L'état général est assez bon. Il pèse 64 kilos.

L'examen des matières fait à l'Institut Pasteur ne révèle que de nombreux leucocytes et des hématies. Il n'y a ni amibes, ni kystes, ni bacilles.

L'examen rectoscopique est pratiqué par M. le Dr Bensaude le 12 juin 1917.

Le toucher rectal permet de constater la contracture du sphincter.

Rectoscopie. — Sur la région commençant immédiatement au-dessus de la région sphinctérienne et allant jusqu'à 15 centimètres on voit des érosions de toutes les formes, de toutes les tailles, recouvertes de pus, quelquefois recouvertes de fausses membranes; quelques-unes sont taillées à pic, les autres sont en pente. La muqueuse est rouge vif, œdématiée, avec un piqueté hémorragique. On constate de l'induration de la paroi du rectum.

Rectoscopie. — 21 août 1917. — Même aspect.

Valve sacrée un peu entamée.

Rougeur diffuse.

L'examen radiographique est pratiqué le 16 juin 1917 chez M. le Dr Bensaude.

A 2 h. 1/2 on administre au malade sous l'écran 500 centimètres cubes de lavement baryté. Il ne se forme pas d'am-

poule rectale. Le liquide opaque monte rapidement dans l'anse sigmoïde, qui est longue, puis dans le côlon descendant jusqu'à l'angle splénique.

L'administration du lavement est interrompue à ce moment. On fait une radiographie dix minutes après le début (le malade placé dans le *décubitus ventral*). Puis on continue sous l'écran l'administration du lavement qui est admirablement supporté.

On voit la colonne opaque envahir successivement le côlon transverse, le côlon ascendant et le cæcum. Mais pendant tout ce temps, l'ampoule rectale augmente à peine de volume.

En raison de la tolérance parfaite de ce malade, on continue le lavement jusqu'à la pénétration complète de 2 litres de lavement baryté.

On fait 30 minutes après le début de la séance une deuxième radiographie montrant le remplissage complet du gros intestin avec une ampoule relativement peu marquée.

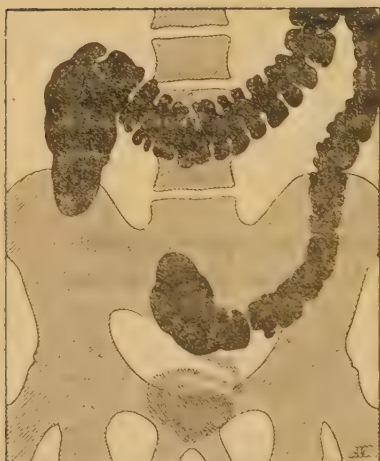
L'image radiographique est identique cinquante minutes après le début du lavement.

On vide alors légèrement l'intestin avec le bock injecteur placé au-dessous du plan du malade. On enlève environ 500 centimètres cubes de liquide.

L'examen montre que le cæcum est moins rempli et que l'ampoule rectale paraît un peu augmentée. Pour une raison inconnue on n'arrive pas à continuer l'évacuation du liquide par ce procédé.

Une heure après le début le malade se plaignant de quelques coliques expulse le lavement.

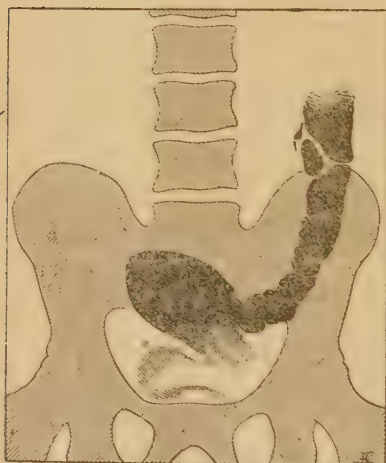
L'examen après l'évacuation totale démontre la présence d'un peu de baryté dans le cæcum.



Obs. I. — Dysenterie à *Lamblia* (forme ulcéreuse), immédiatement après lavement (empruntée à Florand et Bensaude).



Obs. II. — Dysenterie amibienne (forme ulcéreuse) (empruntée à Florand et Bensaude).



Obs. III. — Dysenterie amibienne (forme ulcéreuse) (empruntée à Florand et Bensaude).



Obs. IV. — Dysenterie amibienne (à forme ulcéreuse) (empruntée à Florand et Bensaude).



OBS. V. — Dysenterie amibienne (forme ulcéreuse), cinq minutes après injection du lavement.



OBS. VI. — Même cas que figure précédente, une demi-heure après injection du lavement.



OBS. VII. — Même cas, huit jours après, immédiatement après lavement (empruntée à Florand et Bensaude).



OBS. VIII. — Dysenterie sans agent connu (forme ulcéreuse) (empruntée à Florand et Bensaude).



Polypôse recto-sigmoïdienne vérifiée à l'examen rectoscopique.
d'après une radiographie (Bensaude et Constantin).

CONCLUSIONS

La dysenterie est devenue actuellement si fréquente en France qu'on ne saurait négliger aucun moyen pour la dépister et étudier ses lésions surtout dans les formes anormales.

A côté des moyens classiques bien connus, il y a deux procédés d'examen qui méritent d'être vulgarisés, à savoir : l'examen rectoscopique et l'examen radiologique.

Comme les lésions de la dysenterie prédominent dans la région procto-sigmoïdienne, la rectoscopie a l'avantage de permettre l'étude de ces lésions chez le vivant, de suivre leur évolution et de les différencier des autres maladies qui s'accompagnent cliniquement de syndrome dysentérique.

La valeur diagnostique des examens aux rayons X est beaucoup moindre, mais ce mode d'examen donne aussi des renseignements intéressants.

MM. Florand et Bensaude ont montré qu'on pouvait rencontrer dans la dysenterie des images très comparables à celles décrites dans la tuberculose iléo-cæcale. Ce qui caractérise, après le lavement, l'aspect du gros intestin dans la dysenterie, c'est le peu d'opacité des segments malades et quelquefois même la vacuité de ces segments ; même quand l'opacité n'est pas diminuée, l'ampoule rectale et l'S iliaque sont comme atrophiés et ratatinés. D'autre part, le lavement pénètre avec une rapidité

anormale et souvent il suffit d'un demi-litre ou même moins pour remplir le gros intestin alors que la dose normale pour ce remplissage est d'un litre.

Si l'image de la dysenterie diffère nettement de celles que nous donnent un cancer du côlon terminal, une polypose ou un rétrécissement spécifique, cette méthode ne peut servir à distinguer la dysenterie des autres affections ulcéreuses du rectum et de l'S iliaque. Le véritable intérêt de l'examen radiologique réside dans ce fait qu'il permet de constater de visu sur les radiographies l'étendue et souvent la gravité des lésions.

Vu : Le Président de la thèse

WIDAL

Vu : Le Doyen

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

- Albu.* — Société de médecine interne de Berlin, le 12 décembre 1903.
- Aubourg.* — (Cité par Lagane. Presse médicale, 20 juin 1914).
- Beclère et Mériel.* — L'exploration radiologique dans les affections chirurgicales de l'estomac et de l'intestin. Rapport fait au XXV^e Congrès français de chirurgie
- Bensaude.* — La recto-sigmoïdoscopie (Extrait du Bull. de la Soc. de l'Internat, mai 1910).
- L'endoscopie recto-colique. Monographies cliniques sur les questions nouvelles en médecine, en chirurgie, en biologie (Œuvre médico-chirur., n^o 73).
- Bensaude et Guénaux.* — Le radio-diagnostic du cancer du gros intestin (Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition, 1917).
- Le radio-diagnostic des sténoses du gros intestin. (Paris médical, juin 1917).
- Bensaude et Ronneaux.* — De l'emploi du sulfate de baryum dans l'exploration radiologique du tube digestif (Bull. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, 16 juin 1911).
- Bensaude et Terrey.* — Une simplification de technique dans l'exploration radiologique du tube digestif. L'emploi du sulfate de baryum en précipité gélatineux (Bull. Acad. de méd., 16 janvier 1917 et Presse méd. 22 mars 1917).
- Bensaude et Thibaut.* — Contribution à l'étude endoscopique et thérapeutique des procto-sigmoïdites (Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôpitaux, 31 octobre 1913).
- Boas.* — Deutsche mediz. Wochenschrift, 1896, p. 214.

Borchardt. — Ibidem. 1896, p. 73.

Boudet. — Une épidémie de dysenterie bacillaire à Guercif (Maroc Oriental). Presse méd., 29 juin 1916).

Cade et Vaucher. — Amibiase dysentérique autochtone. Trois cas d'abcès du foie (Soc. méd. des Hôp., 30 juin 1916).

Carles et Froussard. — Les lésions recto-coliques de la dysenterie amibienne (Presse méd., 15 mars 1917).

Gaussade et Joltrain. — Dysenterie amibienne d'origine parisienne (Soc. méd. des Hôp., février 1907).

Chantemesse et Widal. — Sur le microbe de la dysenterie épidémique (Bull. de l'Acad. de médecine, 1888).

Chauffard. — Abscès dysentérique du foie ouvert dans les bronches. Guérison rapide par l'émétine (Bulletin méd., 26 février 1913).

— Dysenterie amibienne chronique guérie par l'émétine (Soc. méd. des Hôp. de Paris, 11 avril 1913).

— La dysenterie amibienne chronique (Presse méd., 14 mai 1913).

— Les rechutes dans la dysenterie amibienne (Bulletin médical, 13 décembre 1913).

Dénier. — La dysenterie bacillaire à Saïgon (Bull. de la Soc. de path. exotique, 8 déc. 1915).

Dopter. — Transmissibilité de la dysenterie amibienne en France (Soc. méd. des Hôp., 28 oct. 1904).

— Les dysenteries. Etude bactériologique. Encyclopédie scientifique, 1909).

— La dysenterie amibienne dite « autochtone ». Paris méd., 12 mai 1917.

Fiessinger et Leroy. — Contribution à l'étude d'une épidémie de dysenterie dans la Somme. juillet-octobre 1916 (Presse méd., 21 déc. 1916).

Florand et Bensaude. — Etude radiologique des lésions recto-coliques dans la dysenterie (Soc. méd., 27 juillet 1915).

Friedel. — La dysenterie amibienne chronique et son traitement (Arch. des mal. de l'app. digestif, 1913).

Fuchs et Bouchet. — Une petite épidémie d'amibiase sur le front (Presse méd., 6 août 1917).

Galliard et Brumpt. — Un cas de dysenterie amibienne autochtone (Soc. méd. des Hôp., 13 déc. 1912).

Girault. — Colites dysentériques. Réunion méd. de la VI^e armée (Presse méd., 3 avril 1916).

Giroux. — A propos des diarrhées. Réunion méd. de la IV^e armée (Presse méd., 6 janvier 1916).

— Dysenterie et diarrhées dysentériques (Presse méd., 14 sept. 1916).

Izar Guido. — L'endoscopie pour le diagnostic et le traitement de la dysenterie bacillaire (Il Policlinico, 1^{er} avril 1916; Presse méd., 21 sept. 1916).

Job. — Un cas de dysenterie amibienne autochtone (Soc. méd. des Hôp., 15 oct. 1915).

Lagane. — Diagnostic et traitement de la dysenterie amibienne (Presse méd., 20 juin 1914).

Landouzy et Debré. — « Les porteurs de germes » importateurs de maladies exotiques, particulièrement de la dysenterie amibienne (Bull. de l'Acad. de Méd., 24 mars 1914 et Presse méd., 25 mars 1914).

Lemierre. — Un cas de dysenterie amibienne. Réunion médico-chirurg. de la V^e armée du 16 septembre 1916 (Presse méd., 20 nov. 1916).

Lobas. — De la casuistique des entérites amibiennes. Observ. de l'hôpital d'Alexandrovsk (île Sakhaline) (Roussky Vratsch, 1894, n^o 30).

Manner. — Wiener Klinische Wochenschrift, 1896, p. 129.

Martiney. — Les premiers cas de dysenterie tropicale en Espagne (Presse méd., 29 juin 1916).

Mauté. — Contribution à l'étude de la dysenterie amibienne (à propos d'observations recueillies au Maroc) (Presse méd., 26 oct. 1916).

Orticoni. — Dysenterie amibienne autochtone (Acad. de méd., 4 mars 1916).

Paviot et Garin. — Etude sur la dysenterie amibienne

autochtone (Journal de Path. et Physiol. gén., mars 1913).

Quinke et Ross. — Ueber Amöben Enteritis. Munch. Méd. Wochenschrift., Sept. 1893.

Rathery et Bisch. — Absès du foie et diarrhée des tranchées (Acad. de méd., 4 mars 1916).

Rathery. — Colites ulcéreuses et proliférantes paratyphoïdiques (Paris méd., 15 juillet 1916).

Ravaut et Krolunitsky. — Epidémie de dysenterie amibienne avec présence dans quelques cas du bacille dysentérique. Rôle tout à fait secondaire de ce bacille (Soc. méd. des Hôp., 15 oct. 1915).

— Pourquoi avons-nous failli méconnaître la dysenterie amibienne ? (Presse méd., 17 avril 1916).

— Sur quelques formes cliniques de dysenterie amibienne autochtone observées au cours de la petite épidémie de la région du Nord (Soc. méd. des Hôp., 9 juin 1916).

— Les états dysentériques et les dysenteries au cours de la guerre (Revue gén. de Pathologie de guerre, n° 2, 1916).

Ravaut. — L'amibiase chronique en France à la fin de l'année 1916 (Presse méd., 8 février 1917).

Remlinger et Dumas. — La diarrhée dite des tranchées (Revue d'hygiène et de police sanitaire, 20 mai 1915).

— La Dysenterie de l'Argonne (Annales de l'Institut Pasteur, oct. 1915).

Richet (fils). — Contagion de la dysenterie amibienne dans la zone tempérée (Soc. méd. des Hôp., 10 déc. 1915).

Sacquepée, Burnet et Weissenbach. — Recherches sur les diarrhées et dysenteries en campagne (Paris méd., 24 juillet 1915).

Stierlin. — Ueber chronische Functionstörungen des Dickdarms (chap. Colitis ulcerosa et die Spastischen Diarrhöen). In Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde.

Vincent. — Note sur la latence prolongée de l'amibe dysentérique dans l'intestin humain. Les « porteurs d'amibes » (Bull. de la Soc. de path. exotique, 1909, n° 2, p. 78).

— Dysenteries (Collection Horizon).

